

他県研修会・クリニック申込書

(スキー大学参加も含む)

千葉県スキー連盟 会長 様

平成 年 月 日

クラブ番号
.....
クラブ名
.....
申込責任者
.....
T E L
.....

SAJ登録番号 (7桁)	フリガナ 氏 名	性 別	生年月日(西暦)	区 分	資 格
		男・女		研修会	指・準
				クリニック	検 A・B・C
住 所	〒 Tel				
参 加 連 盟	スキー連盟	希 望 会 場	会 場		
参 加 期 日	平成 年 月 日 ~		平成 年 月 日		

SAJ登録番号 (7桁)	フリガナ 氏 名	性 別	生年月日(西暦)	区 分	資 格
		男・女		研修会	指・準
				クリニック	検 A・B・C
住 所	〒 Tel				
参 加 連 盟	スキー連盟	希 望 会 場	会 場		
参 加 期 日	平成 年 月 日 ~		平成 年 月 日		

1. データ管理手数料として研修会1,000円、クリニック1,000円が必要です。

2. 申し込みは、教育部関係送金明細書 I (301頁、コード:553-5)

とともに県連事務局に提出してください。